

学校において予防すべき感染症の欠席届

東京都立八潮高等学校長殿

学年・クラス・生徒氏名	年　　組　氏名
感染症の診断名・診断日	診断名（病名） 診断日　月　　日（　　）
感染防止のための療養機関 (学校を休んだ期間)	月　　日～　　月　　日まで
受診した医療機関名 電話番号	医療機関名 T E L (　　)

以上、連絡します。

令和　　年　　月　　日

保護者氏名 _____ 印

受理日

令和　　年　　月　　日

